

فرم ثبت نام بیمه درمان تکمیلی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران (پرسنل شرکتی به غیر از آوای سلامت)

نام: نام خانوادگی: نام پدر:

تاریخ تولد (روز - ماه - سال): شماره شناسنامه: کد ملی:

واحد محل خدمت: نوع بیمه پایه: کد شناسایی بیمه پایه:

نوع طرح بیمه تکمیلی: طرح طلایی ۱.۷۰۰.۰۰۰ ریال فرد اصلی تبعی ۰.۷۰۰.۰۰۰ ریال

طرح نقره ای ۰.۶۵۰.۰۰۰ ریال فرد اصلی و تبعی ۰.۶۵۰.۰۰۰ ریال

طرح همگانی ۰.۱۹۰.۰۰۰ ریال فرد اصلی و تبعی ۰.۱۹۰.۰۰۰ ریال

*تلفن همراه: تلفن ثابت:

آدرس منزل:

*شماره حساب بانک ملت بیمه شده اصلی (جهت واریز هزینه درمان):

*شماره شبا:

مشخصات افراد تحت تکفل:

نسبت با بیمه شده اصلی	نام	نام خانوادگی	نام پدر	شماره شناسنامه	کد ملی	تاریخ تولد روز، ماه، سال	نوع بیمه پایه	کد شناسایی بیمه پایه
همسر								
فرزند اول								
فرزند دوم								
فرزند سوم								
فرزند چهارم								
پدر								
مادر								

اینجانب با مطالعه کامل شرایط ثبت نام بیمه درمان تکمیلی و با اطلاع از مبلغ حق بیمه، شرایط تعهدات و خدمات تحت پوشش اقدام به ثبت نام نموده و طرح با حق بیمه ریال را انتخاب نموده و مبلغ ریال را طی فیش شماره مورخ به **شماره حساب اعلامی شرکت سهامی بیمه دانا ۵۷۷۰۷۸۷۱۰۰ شناسه ۰۰۰۰۰۰۱۵۰۹۷۰۱۸۱۷۳ بانک ملت شعبه فردوسی شمالی**، بابت حق بیمه یکسال خود و افراد تحت تکفل را (مطابق جدول بالا) از تاریخ ۱۳۹۷/۰۸/۱ لغایت ۱۳۹۸/۰۷/۳۰ واریز نموده و فیش واریزی به پیوست تحویل و رسید آن دریافت نموده ام.

امضاء و اثر انگشت متقاضی